

## مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۲۴

## مجله بهداشت و توسعه

سال هفتم/شماره ۳/پاییز ۱۳۹۷

# اثربخشی آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی بر اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف‌های شناختی دانشجویان

الهه خوشنویس<sup>۱</sup>، سارا احمدزاده<sup>۲</sup>، سعیده زمردی<sup>۱</sup>

## چکیده

**مقدمه:** متخصصان بهداشت روانی تأثیر طرحواره درمانی را بر طیف گسترده‌ای از اختلالات بررسی کرده‌اند. شناخت عوامل مؤثر بر سلامت روان شناختی و جسمانی افراد به خصوص دانشجویان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی بر اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف‌های شناختی دانشجویان است.

**روش‌ها:** این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب بود. از این میان ۳۰ نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس مداخله آزمایشی به صورت آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی انجام شد. ابزارهای گردآوری اطلاعات عبارت بودند از: مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی و مقیاس تحریف‌های شناختی بین فردی. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تی تست استفاده شد.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و مؤلفه‌های آن (تلویحات خود ارجاعی و غیرمنصفانه و تباه‌کنندگی) و تحریف‌های شناختی و مؤلفه‌های آن (طرد در روابط بین فردی، انتظارات غیرواقع بینانه و سوء ادراک در روابط بین فردی) در گروه مداخله و کنترل، در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0/01$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی می‌تواند، اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف‌های شناختی دانشجویان را بهبود بخشد.

**واژگان کلیدی:** اضطراب فراگیر، تحریف‌های شناختی، طرحواره درمانی، عدم تحمل بلا تکلیفی

## مقدمه

اختلالات دارد، اختلال اضطراب فراگیر است. اختلال اضطراب فراگیر، نوعی اختلال فراگیر است که در آن، فرد به طور دائم درباره رویدادهای آینده نگران است و از آن‌ها می‌ترسد، موضوعی که به نگرانی مزمن و بیمارگون درباره رویدادها منجر می‌شود، علاوه بر نگرانی دائمی، این اختلال گاهی با عوارض فیزیکی نیز همراه است (۲). در رابطه با آسیب‌شناسی

اضطراب مفهومی است چند بعدی و دارای گستره‌های گوناگون که به عنوان پدیده‌ای بدنی، شناختی، عاطفی و بین فردی جلوه‌گر می‌شود. اضطراب، حالت خلقی منفی با نشانه‌های جسمی و اندیشناکی نسبت به آینده است (۱). یکی از اختلالات اضطرابی که همبندی بالایی با سایر

۱- استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email: [elaheh.khoshnevis@gmail.com](mailto:elaheh.khoshnevis@gmail.com)

نویسنده مسئول: الهه خوشنویس

آدرس: گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران تلفن و فاکس: ۰۲۱-۸۸۳۸۵۷۸۰

اضطراب به طور عام و اختلال اضطراب فراگیر به طور خاص، پژوهشگران مدل‌های گوناگونی را معرفی کرده‌اند.

طبق مدل عدم تحمل بلا تکلیفی، افراد مضطرب موقعیت‌های نامعین و یا مبهم را فشارآور و آشفته‌کننده درک می‌کنند (۳،۴). عدم تحمل بلا تکلیفی به طور گسترده به عنوان واکنشی شناختی، هیجانی و رفتاری به عدم اطمینان تعریف شده است که به موجب آن سوگیری در پردازش اطلاعات و افزایش ارزیابی معیوب تهدید و کاهش کنار آمدن با آن رخ می‌دهد (۵،۶). پژوهشگران پیشین تأکید کرده‌اند که عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرانی و اضطراب فراگیر رابطه نزدیکی دارد (۷).

یکی دیگر از مدل‌های روان‌شناختی که به طور عام در گستره فراوانی از اختلالات روانی کاربرد دارد، مدل شناختی رفتاری است (۸). طبق این مدل، شناخت‌ها، نقش محوری در ایجاد و تداوم اختلال‌های هیجانی دارند (۹). شناخت‌ها (افکار و تصاویر ذهنی) بر رفتارها، هیجان‌ها و فیزیولوژی تأثیر می‌گذارند و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرند. افکاری که به صورت خودکار پدید می‌آیند و حالت منفی دارند، به افکار خودآیند منفی معروف‌اند و با یکدیگر شباهت‌هایی دارند (۱۰). این افکار به دلیل تشابهی که دارند، طبقه‌بندی می‌شوند و در اصطلاح، به آن‌ها خطاها یا تحریف‌های شناختی می‌گویند. تحریف‌های شناختی انواع گوناگونی دارند (۱۱).

بنابراین ملاحظه می‌شود که عدم تحمل بلا تکلیفی در قالب نظریه Dugas و تحریف‌های شناختی در قالب نظریه شناختی، در اختلالات اضطراب همچون اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند به عنوان سازه‌های روان‌شناختی باشد که در بروز این اختلال نقش دارد

و بدین سان می‌تواند کانون مداخلات روان‌شناختی قرار گیرد. یکی از مدل‌های درمانی که در دو دهه اخیر به طور گسترده در درمان اختلالات روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته، طرحواره درمانی است (۱۳،۱۴).

طرحواره درمانی یکی از درمان‌های نوین است که به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده و آن‌ها را به گونه‌ای قابل درک سازمان‌دهی کند (۱۲). مطابق نظر Young طرحواره‌های ناسازگار اولیه به خاطر تجارب منفی دوران کودکی، ایجاد می‌شود که بر شیوه تفکر، احساس و رفتار آن‌ها در روابط صمیمانه بعدی و سایر جنبه‌های زندگی تأثیر می‌گذارد. Young معتقد است که طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند (۱۴). طرحواره‌های ناسازگار به عنوان زیرساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی می‌شوند. هنگامی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفته‌گی‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوء مصرف مواد، تعارضات بین فردی و مانند آن می‌شود (۱۵)؛ بنابراین در طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار مورد مداخله قرار می‌گیرند و با استفاده از تکنیک‌های تجربی، رفتاری و شناختی در جهت تعدیل این طرحواره‌ها عمل می‌کنند (۱۴).

در این راستا، پژوهشگران تأثیر طرحواره درمانی را بر طیف گسترده‌ای از اختلالات مورد بررسی قرار داده‌اند و تأثیر آن را بر روی اضطراب تأیید نموده‌اند (۱۶-۱۹)؛ اما مرور پژوهش‌ها نشان از آن دارد که کمتر پژوهشگری تأثیر طرحواره درمانی را بر اختلال

اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار داده است. در یکی از محدود پژوهش‌های صورت پذیرفته، حمیدپور و همکاران (۲۰) در پژوهش خود نشان داده‌اند که طرحواره درمانی بر اختلال اضطراب فراگیر و عدم تحمل بلا تکلیفی تأثیر دارد. انباردار (۲۱) نیز نشان داد که طرحواره درمانی بر میزان باورهای غیر منطقی در نوجوانان تأثیر دارد. Shorey و همکاران (۲۲) در پژوهشی نشان دادند که حوزه خودگردانی و عملکرد مختل با نشانه‌های اضطراب فراگیر رابطه دارد.

دانشجویان از افشار مستعد و برگزیده جامعه و سازندگان آینده کشور خویش هستند و سطح سلامت و کیفیت زندگی و سلامت روان تأثیر به سزایی در یادگیری و افزایش آگاهی علمی و موفقیت‌های تحصیلی‌شان خواهد داشت. پژوهش‌های متعدد به گونه‌ای نمایانگر بروز برخی حالات و رفتارهای نامساعد روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی در محیط دانشگاهی است (۲۳). از طرفی اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین اختلال اضطرابی است و تعداد زیادی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این اختلال در مقایسه با اختلال افسردگی مازور پیامدهای آسیب‌زای جدی‌تری دارد. تقریباً ۲۵ درصد مراجعه کنندگان به کلینیک‌های اختلالات اضطرابی و حدود ۱۲ درصد از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی مبتلا به این اختلال هستند (۲۴)؛ بنابراین شیوع و بروز این اختلال می‌تواند کارکردهای شغلی، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی هر فردی را به صورت کلی و دانشجویان را به صورت خاص که با انواع استرس‌های تحصیلی و اجتماعی دست و پنجه نرم می‌کنند، مختل نماید؛ بنابراین شایسته است تا درمان‌های مؤثر بر این اختلال مورد بررسی و پژوهش قرار گیرد؛ اما مرور پژوهش‌ها نشان از آن

دارد که اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان کمتر مورد توجه قرار گرفته است و از آنجایی که عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف‌های شناختی از جمله متغیرهای روان‌شناختی می‌باشند که افراد را نسبت به اختلالات اضطرابی آسیب‌پذیر می‌نمایند و نظر به این که تأثیر طرحواره درمانی بر اختلال اضطراب فراگیر و متغیرهایی همچون عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف‌های شناختی مورد پژوهش و بررسی قرار نگرفته است، در این مطالعه اثر طرحواره درمانی بر اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف‌های شناختی دانشجویان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

### مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب بود که بر اساس مقیاس اختلال اضطراب فراگیر دارای نمره بالاتر از هنجار (نمره ۱۰) داشتند.

در این پژوهش به صورت پایلوت فقط ۳۰ نفر وارد مطالعه شدند. برای تشکیل گروه‌های پژوهش، ابتدا با ارائه فراخوان و اطلاعیه از دانشجویانی که دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر بودند، برای شرکت در پژوهش دعوت گردید و سپس با اجرای آزمون اضطراب فراگیر بر روی دانشجویان داوطلب شرکت در دوره آموزشی، از بین کسانی که نمره اضطراب فراگیر آن‌ها بالاتر از نمره برش (نمره ۱۰) بود، ۴۷ نفر انتخاب شدند و سپس از میان آن‌ها ۳۰ نفر به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند.

معیارهای ورود به پژوهش داشتن نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و تمایل به شرکت در پژوهش و معیارهای خروج از پژوهش داشتن سوء مصرف مواد، مبتلا بودن به سایر اختلال‌های روانی و مصرف داروهای روان‌پزشکی بود.

برای رعایت اصول اخلاقی، رضایت آزمودنی‌ها جهت شرکت در مطالعه با استفاده از رضایت‌نامه کتبی گرفته شد؛ اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، توضیح داده شد و به دانشجویان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه حفظ خواهد شد.

گروه آزمایش جلسات طرحواره درمانی را در مدت ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه دریافت نمودند.

برنامه جلسات درمانی به قرار ذیل بود:

جلسه اول تا دوم: هدف این جلسات، سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای و فرمول‌بندی مشکل طبق رویکرد طرحواره درمانی بود. مدل طرحواره درمانی به زبانی ساده و شفاف به بیمار آموزش داده شد. علاوه بر این اهداف درمان توضیح داده شد.

جلسات سوم تا ششم: هدف این جلسات شناسایی طرحواره‌ها و به کارگیری تکنیک‌های شناختی برای چالش با طرحواره‌ها بود. این جلسات با هدف شناسایی و چالش با طرحواره‌ها انجام شد و هر جلسه به بحث و تبادل نظر پیرامون طرحواره‌ها و آموزش تکنیک‌های شناختی اختصاص یافت. در این ۴ جلسه به آموزش تکنیک‌های شناختی همچون آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه

طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره پرداخته شد.

جلسات هفتم تا دهم: هدف اصلی این جلسات به کارگیری تکنیک‌های هیجانی (تجربی) بود تا بیماران بتوانند به ریشه‌های طرحواره در سطح هیجان پی ببرند، زیرا بدون انجام این مراحل، الگوشکنی رفتاری بسیار سخت خواهد بود؛ به عبارتی می‌توان هدف این جلسات را تسهیل در پردازش هیجانی قلمداد کرد. علاوه بر این، در این مرحله بر تکنیک بازوالدینی حد و مرزدار برای بیمار به منظور ارضاء نیازهای روانی ارضاء نشده، تأکید شد. درمانگر با استفاده از بازوالدینی (parental limits) در تصویرسازی به فرد کمک می‌کند تا به ذهنیت کودکانه برگردد و در مورد برخی چیزهایی که از دست داده‌اند، ابتدا از درمانگر و سپس از خودشان مطالبی یاد بگیرند و نیازهای روانی برآورده نشده خود را به صورت تصویرسازی ذهنی، برآورده سازد. در این ۴ جلسه به آموزش تکنیک‌های تجربی (هیجانی) پرداخته شد؛ مثل انجام گفتگوهای خیالی، بازوالدینی در حین کار با تصاویر ذهنی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه و تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی رفتاری.

جلسات یازدهم تا چهاردهم: اهداف این جلسات شامل ترغیب بیماران برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای به منظور ارضاء نیازهای هیجانی اساسی بود. در این جلسات، پیرامون چگونگی رهاسازی رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار به بحث و تبادل نظر و آموزش تکنیک پرداخته شد. در این جلسات به آموزش تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری مثل تصویرسازی موقعیت‌های مشکل‌آفرین، اولویت‌بندی رفتارها، تغییر

رفتار، انگیزه آفرینی، پی بردن به ریشه‌های تحولی رفتارها در دوران کودکی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم پرداخته شد. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ۳ پرسشنامه استفاده شد.

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (General Anxiety Disorder Scale-7 item): این مقیاس توسط Spitzer و همکاران (۲۵) تهیه شده و دارای ۷ سؤال می‌باشد. گزینه‌ها به صورت هیچ وقت، چندروز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هیچ وجه عدد ۰، تا حدی عدد ۱، زیاد عدد ۲ و خیلی زیاد عدد ۳ اختصاص داده شد. بعد از جمع نمرات سؤالات، نمره کلی به دست آمد. نمره بالاتر به معنای اضطراب بیشتر می‌باشد. نقاط برش برای پرسشنامه عبارت‌اند: از ۵ (خفیف)، ۱۰ (متوسط)، ۱۵ (شدید). همچنین در پژوهش نائینیان و همکاران (۲۶) نمره برش پرسشنامه ۱۰ تعیین شد. Spitzer و همکاران (۲۵) با استفاده از تحلیل عاملی از یک مقیاس ۱۵ سؤالی، ۲ عامل استخراج کردند که ۸ سؤال آن مربوط به افسردگی بود و منجر به ساخت پرسشنامه سلامت بیمار گردید و ۷ سؤال دیگر مربوط به اضطراب بود و منجر به ساخت پرسشنامه اضطراب فراگیر گردید. آن‌ها همچنین ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی مقیاس را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند. در

پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد بود (۲۸). ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب

فراگیر با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر (Spillberger's State Trait Anxiety Inventory) برابر با ۰/۷۱ (برای حالت) و ۰/۵۲ (برای صفت) به دست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ حاکی از پایایی مناسب این آزمون بوده است (۲۶).

۲- پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی: این مقیاس توسط Freeston و همکاران (۲۷) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی، طراحی شده است. این مقیاس از ۲۷ آیت تشکیل شده است و آزمودنی‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای (به هیچ وجه=۱ تا بسیار زیاد=۵) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. Dugas و Buhr (۲۸) ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده را برای این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله ۵ هفته‌ای، ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. برای این پرسشنامه دو عامل بیرون کشیده شده است که عبارت‌اند از: ۱) داشتن تلویحات خود ارجاعی و رفتار منفی بلا تکلیفی و ۲) غیرمنصفانه بودن و تباه کنندگی بلا تکلیفی. در پژوهش حمیدپور و اندوز (۷) آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی (در فاصله ۳ هفته) برابر ۰/۷۶ برای این مقیاس به دست آمد. در بررسی مقدماتی پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳۷ به دست آمد.

۳- مقیاس تحریف‌های شناختی بین فردی (Interpersonal Cognitive Distortions Scale): این مقیاس توسط Hamamci و Buyukozturk (۲۹) جهت ارزیابی تحریف‌های شناختی در روابط بین فردی بر مبنای نظریه شناختی ساخته شده است. مقیاس دارای ۱۹ مورد است که شامل سه خرده مقیاس تحت عنوان طرد در روابط

بین فردی، انتظارات غیر واقع بینانه در روابط و سوء ادراک در روابط بین فردی است.

مطالعات روان‌سنجی، کیفیت روان‌سنجی بالایی را برای این مقیاس گزارش نموده است. پایایی آن از طریق همسانی درونی توسط آلفای کرونباخ و همچنین از طریق آزمون مجدد، پس از دو هفته برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۷۴ به دست آمد و برای خرده مقیاس‌های آن آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ به دست آمد. روایی آن از طریق همبستگی در مقیاس باورهای غیر منطقی، مقیاس افکار اتوماتیک و مقیاس گرایش به تعارض در روابط بین فردی به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۵۳ و ۰/۵۳ به دست آمد که همگی در سطح ۰/۹۹ اطمینان معنی‌دار بودند.

(۲۹). پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ شد و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t-test استفاده شد.

### نتایج

در این مطالعه میانگین سنی در گروه آزمایش ۳/۳ ± ۲۶/۳ و در گروه کنترل ۴/۹ ± ۲۵/۳ به دست آمد که براساس آزمون تی تست اختلاف معنی‌داری نشان ندادند (P=۰/۵۵).

در جدول ۱ فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات و تعداد فرزندان گروه آزمایش و گروه کنترل به تفکیک ارائه شده است.

جدول ۱: فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات و تعداد فرزندان به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		معنی‌داری
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
سطح تحصیلات	۶	۴۰٪	۴	۲۶/۶۷٪	۰/۵۳۹
	۹	۶۰٪	۱۱	۷۳/۳۳٪	
	۱۵	۱۰۰٪	۱۵	۱۰۰٪	
تعداد فرزندان	۱۲	۸۰٪	۱۳	۸۶/۶۷٪	۰/۷۷۵
	۳	۲۰٪	۲	۱۳/۳۳٪	
	۱۵	۱۰۰٪	۱۵	۱۰۰٪	

همچنین در جدول ۲ بر اساس آزمون تی تست متغیرهای مربوطه پیش از انجام مداخله به تفکیک

گروه آزمایش و کنترل مقایسه شده‌اند.

جدول ۲: نتایج آزمون به تفکیک گروه کنترل و آزمایش پیش از مداخله

متغیر	میانگین	انحراف معیار	معنی‌داری
اختلال اضطراب فراگیر	آزمایش	۱۳/۶۰	۰/۵۷۴
	کنترل	۱۴/۲۰	
تحریف‌های شناختی بین فردی	آزمایش	۶۴/۶۶	۰/۷۰۱
	کنترل	۶۳/۲۰	
مؤلفه طرد در روابط بین فردی	آزمایش	۲۶/۳۳	۰/۹۳۷
	کنترل	۲۶/۱۳	
مؤلفه انتظارات غیر واقع بینانه	آزمایش	۲۹/۶۶	۰/۷۶۶
	کنترل	۲۹/۰۰	

جدول ۲: نتایج آزمون به تفکیک گروه کنترل و آزمایش پیش از مداخله (ادامه)

۰/۵۴۰	۲/۵۸	۸/۶۶	آزمایش	مؤلفه سوء ادراک در روابط بین فردی
	۲/۷۱	۸/۰۶	کنترل	
۰/۵۴۱	۱۱/۰۸	۷۲/۲۰	آزمایش	عدم تحمل بلاتکلیفی
	۱۰/۱۳	۶۹/۸۰	کنترل	
۰/۸۴۴	۸/۶۵	۴۱/۲۰	آزمایش	مؤلفه تلویحات خود ارجاعی
	۷/۸۹	۴۰/۶۰	کنترل	
۰/۴۱۱	۶/۴۰	۳۱/۰۰	آزمایش	مؤلفه غیرمنصفانه و تباه کنندگی
	۵/۳۷	۲۹/۲۰	کنترل	

تحریف‌های شناختی بین فردی، مؤلفه طرد در روابط بین فردی و مؤلفه عدم تحمل بلاتکلیفی معنی‌دار شده‌اند و در گروه مداخله کاهش نشان داده‌اند. این در حالی است که در متغیرهای دیگر هم پس از آزمون، گروه مداخله نمره کمتری کسب کرده بود؛ اما این اختلاف معنی‌دار نبود.

همان طور که در جدول نیز مشاهده می‌کنید اختلاف معنی‌داری میان متغیرها پیش از انجام مداخله وجود نداشت.

در جدول ۳ نتایج آزمون تی تست بعد از انجام مداخله به تفکیک گروه آزمایش و کنترل گزارش گردیده است. همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود کلیه متغیرهای اختلال اضطراب فراگیر،

جدول ۳: نتایج آزمون به تفکیک گروه کنترل و آزمایش بعد از انجام مداخله

معنی داری	انحراف معیار	میانگین	متغیر	
۰/۰۰۱	۲/۷۷	۱۰/۱۳	آزمایش	اختلال اضطراب فراگیر
	۲/۷۳	۱۳/۸۰	کنترل	
۰/۰۰۶	۹/۸۹	۴۸/۵۳	آزمایش	تحریف‌های شناختی بین فردی
	۱۱/۶۴	۶۰/۲۶	کنترل	
۰/۰۱۲	۶/۷۱	۱۷/۵۳	آزمایش	مؤلفه طرد در روابط بین فردی
	۷/۳۴	۲۴/۴۰	کنترل	
۰/۱۳۳	۵/۰۳	۲۴/۶۶	آزمایش	مؤلفه انتظارات غیر واقع بینانه
	۵/۷۹	۲۷/۷۳	کنترل	
۰/۰۵۹	۲/۴۶	۶/۳۳	آزمایش	مؤلفه سوء ادراک در روابط بین فردی
	۲/۵۳	۸/۱۳	کنترل	
۰/۰۳۳	۱۱/۵۹	۵۸/۴۶	آزمایش	عدم تحمل بلاتکلیفی
	۱۱/۵۱	۶۷/۹۳	کنترل	
۰/۱۵۲	۹/۰۰	۳۳/۸۰	آزمایش	مؤلفه تلویحات خود ارجاعی
	۸/۸۲	۳۸/۶۰	کنترل	
۰/۰۵۹	۶/۴۲	۲۴/۶۶	آزمایش	مؤلفه غیرمنصفانه و تباه کنندگی
	۶/۵۶	۲۹/۳۳	کنترل	

## بحث

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که در مرحله پس آزمون بین اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف‌های شناختی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است؛ بدین معنی که طرحواره درمانی بر اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف‌های شناختی دانشجویان تأثیر معناداری داشته است.

این یافته با نتایج پژوهش عاشوری (۳۰) که نشان داد طرحواره درمانی، اضطراب و افسردگی را در پرستاران کاهش داده است، رضایی و همکاران (۳۱) که نشان داد دریافت طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش افسردگی و نشخوار فکری بیماران تأثیر معناداری دارد، صفاری‌نیا و همکاران (۳۲) که مشخص نمود طرحواره درمانی موجب کاهش اضطراب اجتماعی شده است و Anmuth (۳۳) که در مطالعه خود نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه در اضطراب نقش دارد، همسو می‌باشد. همسو با این یافته‌ها هاشمی و همکاران (۱۷) در پژوهشی نشان دادند درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روان دانشجویان تأثیر معناداری داشته است. عاشوری نیز (۳۰) در پژوهشی دریافت که طرحواره درمانی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی دانشجویان تأثیر معناداری داشته است. همین‌طور همتی ثابت و همکاران (۳۴) در پژوهشی نشان داده‌اند که طرحواره درمانی در کاهش اضطراب نوجوانان تأثیر دارد. نتایج مطالعه ملکی و همکاران (۱۸) بر روی دانشجویان دختر دانشکده پرستاری و مامایی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد که مبتلا به اختلال اضطراب و افسردگی تشخیص داده شدند، نیز نشان داد که

طرحواره درمانی در کاهش علائم اختلالات اضطرابی و افسردگی تأثیر دارد. Taylor و همکاران (۳۵) نیز در پژوهش مروری خود نتیجه گرفتند که طرحواره درمانی، مداخله‌ای مؤثر بر اختلالات روانی و اختلالات اضطرابی می‌باشد. بدین ترتیب ملاحظه می‌شود که سایر پژوهشگران نیز به نتایج مشابهی در زمینه تأثیر طرحواره درمانی بر اختلالات اضطرابی دست یافته‌اند.

در راستای تبیین این یافته می‌توان عنوان داشت در طرحواره درمانی تکنیک‌ها و مداخلات درمانی در سه سطح شناختی، هیجانی (تجربی) و رفتاری (سبک‌های مقابله‌ای) صورت می‌گیرد. این مدل با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد مضطرب، علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون می‌گردد. الگوشکنی رفتاری تلاش می‌کند به جای الگوهای رفتاری که مطابق با طرحواره‌های ناسازگار است، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. به علاوه موجب جایگزین شدن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار می‌گردد. بدین ترتیب مداخله و بازسازی در سه سطح شناختی، هیجانی-عاطفی و رفتاری در نهایت می‌تواند به کاهش باورها و طرحواره‌های ناسازگار و تعدیل الگوهای رفتارهایی که ایجاد کننده و تداوم بخش اضطراب است، منجر شود (۱۴) و بدین‌سان این دانشجویان که طرحواره درمانی را دریافت نموده‌اند، می‌توانند با استفاده از تکنیک‌های شناختی، طرحواره‌های مرتبط با آسیب‌پذیری و خطر که با عدم تحمل، بلا تکلیفی و اضطراب مرتبط است



را تعدیل نموده و با بازسازی این طرحواره‌ها و چالش با باورها و نگرش‌های ناکارآمد مرتبط با عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب، بتوانند عدم تحمل بلا تکلیفی را بهبود بخشیده و اضطراب را کاهش دهند.

در همین راستا انباردار (۲۱) در پژوهشی نشان داده است که طرحواره درمانی تأثیر معناداری بر کاهش باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان داشته است. هاشمی و همکاران (۱۷) نیز دریافتند طرحواره درمانی موجب کاهش نشانه‌های اضطراب دانشجویان شده است. مطالعه Baljé و همکاران (۱۶) نیز بر روی یک نمونه شامل ۱۲۸ فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی با همبودی اختلال شخصیت اجتنابی در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال نشان داد که طرحواره درمانی کاهش اضطراب را به همراه داشته است. همچنین نتایج پژوهش حمیدپور و همکاران (۲۰) حاکی از تأثیر معنادار طرحواره درمانی بر اضطراب فراگیر زنان بوده است.

همچنین یکی از مزیت‌های طرحواره درمانی، کار بر روی شناخت‌های گرم یا شناخت‌هایی با بار هیجانی می‌باشد (۲۰). در بعد هیجانی و عاطفی، در جلسات طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باور شناختی که به باور هیجانی گره خورده است، نیز به چالش کشیده می‌شود تا فرد علاوه بر سطح شناختی در سطح عاطفی نیز با طرحواره‌های خود مواجه شود. از طرفی در بعد شناختی، طرحواره درمانی با کارکردن بر صدای درونی شده والدین و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرحواره‌ها کمک می‌کند تا افراد ناراضی از روابط بین فردی به ریشه افکار و تحریف‌های شناختی خود، آگاهی یابند و با استفاده از تکنیک‌های مورد استفاده در این درمان، افکار ناخودآیند منتج از آن را زیر سؤال ببرند (۱۴).

بدین‌سان این دانشجویان که طرحواره درمانی را دریافت نموده‌اند، می‌توانند با چالش با طرحواره‌های ناسازگار اولیه با استفاده از تکنیک‌های شناختی (همچون شواهد تأییدکننده و ردکننده) و تجربی (همچون تصویرسازی)، ریشه تحریف‌های شناختی را دچار تغییر و تعدیل نمایند و بدین‌سان، تحریف‌های شناختی نیز دچار دگرگونی شوند. در این زمینه، رضایی و همکاران (۳۱) در مطالعه خود مشخص نمودند که طرحواره درمانی هیجانی موجب کاهش شدت اندیشناکی شده است. همین‌طور صفاری‌نیا و همکاران (۳۲) در تحقیق خود دریافتند طرحواره درمانی موجب کاهش معنادار اضطراب دانشجویان شده است.

محدود بودن جامعه پژوهش به دانشجویان دانشگاه آزاد واحد تهران غرب و نبود مرحله پیگیری در جهت بررسی ماندگاری اثرات درمان، از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد در مراکز مشاوره دانشگاه‌ها از رویکرد طرحواره درمانی برای درمان اختلالات اضطرابی استفاده شود. برای بهبود مشکلات بین فردی که می‌تواند ناشی از تحریف‌های شناختی بین فردی باشد، از رویکرد طرحواره درمانی در جهت چالش و تعدیل تحریف‌های شناختی بین فردی استفاده شود تا در نهایت بتوان روابط بین فردی بهتری را در دانشجویان به وجود آورد. پیشنهاد می‌گردد هنگام ورود دانشجویان به دانشگاه از پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در جهت شناسایی دانشجویان مستعد آسیب‌های روانی همچون اختلال اضطراب فراگیر بهره گرفته شود تا با شناسایی این دانشجویان، اقدامات مقتضی را به عمل آورد.

## نتیجه گیری

استفاده از تکنیک‌های طرحواره درمانی از طریق تأثیر بر طرحواره‌های ناسازگار و الگوهای رفتاری ناسازگار در سه سطح شناختی، هیجانی و رفتاری بر اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف‌های شناختی مؤثر است.

## تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از کلیه دانشجویان عزیز دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب که در جریان این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی شود.

## References

1. Barlow DH. Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual. 4th ed. New York: Guilford Press; 2010.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, D.C: APA; 2013.
3. McEvoy PM, Mahoney AE. To be sure, to be sure: intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. Behav Ther 2012;43(3):533-45.
4. Dugas MJ, Robichaud, M. Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to Practice (Practical Clinical Guidebooks). 1th ed. New York: Routledge; 2007.
5. Thielsch C, Andor T, Ehring T. Metacognitions, intolerance of uncertainty and worry: An investigation in adolescents. Personality and Individual Differences 2015;74:94-8.
6. Dugas MJ, Brillon P, Savard P, Turcotte J, Gaudet A, Ladouceur R, et al. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. Behav Ther 2010;41(1):46-58.
7. Fahimi S, Mahmoud-Aliloo M, RahimKhanli M, Fakhari A, Poursharifi H. Compare intolerance of uncertainty in the generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, panic disorder and normal people. J Res Behave Sci 2013; 11(4): 1-12. Persian
8. Beck JS, Beck AT. Cognitive Behavior Therapy, Basics and Beyond. 2th ed. New York, London: The Guilford Press; 2011.
9. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. New York: The Guilford Press; 2009.
10. Ghahari S. Challenge Skill in Cognitive Therapy. 1th ed. Tehran: Jeehoon; 2013. Persian
11. Zandied S. Cognitive Distortions and Coping Styles. 1th ed. Tehran: Salehian; 2017. Persian
12. Tajikzade F, Zare I, Naziri G, Afshari R. The effectiveness of group schema therapy on the early maladaptive schemas among men undergoing Methadone Maintenance Treatment (MMT). Journal of Personality & Individual Differences 2015;4(7):1-23. Persian
13. Young JE. Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach Practitioner's Resource Series. 3th ed. Florida: Professional Resource Exchange; 1999.
14. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Translated by Hamidopur H, Andooz Z. Tehran: Arjmand; 2007. Persian
15. Yoosefi N, Amani A, Asgari R, Soleymani M. Prediction of love trauma and depression based on attachment styles of university students with emotional breakdown. Knowledge & Research in Applied Psychology 2017; 18(2): 1-9. Persian
16. Baljé A, Greeven A, van Giezen A, Korrelboom K, Arntz A, Spinhoven P. Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2016;17(1):487.
17. Hashemi N, Ghayour Baghbani SM, Khadivi G, Hashemian Nejad F, Ashoori J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy on happiness and mental health of nursing students. Journal of Clinical Nursing and Midwifery 2016;5(1):12-22. Persian
18. Maleki Z, Naderi I, Ashoori J, Zahedi O. The effect of schema therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. The Journal of Medical Education and Development 2015;10(1):47-56. Persian
19. Sajjadi N, Golmohammadian M, Hojatkah M. The effectiveness of schema therapy on academic motivation amongst high school female students in Kermanshah. Knowledge & Research in Applied Psychology 2016;17(1):35-42. Persian
20. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour shahbaz A, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2011;16(4):420-31. Persian
21. Anbardar F. Effect of schema therapy on illogical belief in boy adolescence in Esfahan. First International Congress on Educational Science and Psychology; 2016 Jun 14; Ghom: 2016.

22. Shorey RC, Elmquist J, Anderson S, Stuart GL. The relationship between early maladaptive schemas, depression, and generalized anxiety among adults seeking residential treatment for substance use disorders. *J Psychoactive Drugs* 2015;47(3):230-8.
23. Pathak Y. Mental Health and Social Adjustment among College Students. *International Journal of Public Mental Health and Neurosciences* 2014; 1 (1): 11-5.
24. Besharat MA, Mirjalili RS, Bahrami Ehsan H. The mediating role of meta-cognitive beliefs and cognitive emotion regulation deficit on the relationship between cognitive perfectionism and worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2015; 17(3): 115-22. Persian
25. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166(10):1092-7.
26. Naeinian M, Shaeiri M, Sharif M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology & Personality (Daneshvar Raftar)* 2011; 3(4):41-50. Persian
27. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Personality and Individual Differences* 1994;17(6):791-802.
28. Buhr K, Dugas MJ. The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther* 2002;40(8):931-45.
29. Hamamci Z, Buyukozturk S. The Interpersonal Cognitive Distortions Scale: development and psychometric characteristics. *Psychol Rep* 2004;95(1):291-303.
30. Ashoori J. Comparing the effectiveness of meta-cognitive therapy and schema therapy on decrease symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. *J Arak Uni Med Sci* 2015;18(2):50-61. Persian
31. Rezaee M, Ghazanfari F, Reazee F. Effectiveness of emotional schema therapy on severity of depression and rumination in people with major depressive disorder. *The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences* 2016;24(1):41-54. Persian
32. Saffarinia M, Zare H, Karami J, Solgi Z. The efficacy and continuing impact of group schema therapy in treating students' social anxiety disorder. *Pajoothane* 2014;19(4):211-8. Persian.
33. Anmuth LM. Early Maladaptive Schemas and negative life events in the prediction of depression and anxiety [dissertation]. Glassboro, New Jersey: Rowan University, 2011.
34. Hemmati Sabet V, Rohani Shahrestani N, Hemmati Sabet a, Ahmadpanah M. The effectiveness of schema therapy in reducing aggression and social anxiety in adolescents of Hamedan city aged 17 to 18 years. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2016;3(2):82-93. Persian
35. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychol Psychother* 2017; 90(3): 456-79.

## The Effectiveness of Schema Therapy- based Training on Generalized Anxiety, Intolerance of Uncertainty and Cognitive Distortion in University Students

Elaheh Khoshnevis<sup>1</sup>, Sara Ahmadzadeh<sup>2</sup>, Saeedeh Zomorodi<sup>1</sup>

### Abstract

**Background:** Mental health experts have examined the effect of schema therapy on a wide range of disorders. Identification of factors effective on the psychological and physical health of individuals, especially students, is important. Therefore, this study was conducted to determine the effectiveness of training based on schema therapy on generalized anxiety, intolerance of uncertainty and cognitive distortion in university students.

**Methods:** The method of this research was quasi-experimental with pretest-posttest and control group. The study population included all students in Islamic Azad University, West Tehran Branch. 30 students were selected and randomly divided into 2 groups of control (N=15) and experiment (N=15). Then, schema therapy-based training was performed as the intervention. Data gathering tools were the Generalized Anxiety Disorder Scale, Intolerance of Uncertainty Questionnaire and Interpersonal Cognitive Distortions Scale. Descriptive statistics (mean & standard deviation) and t-test were used for data analyses.

**Results:** After schema therapy training, there was a significant difference ( $P < 0.01$ ) between the two groups in mean of generalized anxiety, intolerance of uncertainty and its components (self-referential implications and unfair and corrosive properties) and cognitive distortions and its components (interpersonal rejection, unrealistic expectation and misunderstanding in interpersonal communication).

**Conclusion:** Schema Therapy-based training can serve as an effective approach to improve generalized anxiety, intolerance of uncertainty and cognitive distortion in students.

**Keywords:** Generalized Anxiety Disorder, Cognitive Distortion, Schema Therapy, Intolerance of uncertainty

1- Assistant Professor, Department of Psychology & Counseling, Faculty of Humanities, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- MSc Student, Department of Psychology & Counseling, Faculty of Humanities, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Elaheh Khoshnevis **Email:** elaheh.khoshnevis@gmail.com

**Address:** Department of Psychology & Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran

**Tel/Fax:** 021-88385780